

**Formularz ofertowy –  
Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie**

Polanica-Zdrój, dn. ....

.....  
/Dane oferenta/

.....  
/Adres/

.....

.....

Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A.  
ul. Jana Pawła II 2  
57-320 Polanicy-Zdroju

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SCM w zakresie:

**Świadczenie usług medycznych w poradni kardiologicznej**

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

***Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych  
SCM:***

**Harmonogram pracy wg kontraktu z NFZ**

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny						
Godziny						

**Proponowany harmonogram pracy w zakresach:**

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny w ramach NFZ (zakres 1)						-
Godziny realizacji programu KOS-Zawał (zakres 2)						

<b>Godziny poza NFZ (zakres 3)</b>						
--	--	--	--	--	--	--

1. Proponowane wynagrodzenie:

Zakres 1) Realizacja kontraktu z NFZ: .....

Zakres 2 ) Realizacja programu KOS-Zawał: .....

Zakres 3) Realizacja świadczeń dla osób nie korzystających z systemu ubezpieczeń:

.....

2. Proponowane warunki partycypowania w kosztach .....

.....

3. Świadczenia realizowane będą w okresie od .....do dnia .....

### OŚWIADCZENIA OFERENTA

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią szczegółowych warunków konkursu.**

.....  
/pieczętka i podpis/

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.**

.....  
/pieczętka i podpis/

W załączeniu przedkładam: (dokumenty wskazane w treści ogłoszenia- wymieniń jakie):

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

.....  
/pieczętka i podpis oferenta/

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Informacją dla uczestników postępowania konkursowego dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej w Specjalistycznym Centrum Medycznym im św. Jana Pawła II S.A.” zamieszczoną na stronie [www.scm.pl](http://www.scm.pl)

.....  
/pieczętka i podpis oferenta/

**Zgoda**  
**uczestnika postępowania konkursowego dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej**  
**w Specjalistycznym Centrum Medycznym im. św. Jana Pawła II S.A.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.

.....  
/pieczętka i podpis oferenta/

